

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی قزوین  
دانشکده پزشکی شهید بابایی

پایان نامه جهت دریافت دکترای تخصصی روانپزشکی  
عنوان:

بررسی اثربخشی روش درمانی حساسیت زدایی از طریق چشم و باز پردازش و درمان  
دارویی در مقایسه با درمان دارویی به تنهایی در اختلال وسواسی - جبری

استاد راهنما

دکتر سید علیرضا حاج سیدجواد

اساتید مشاور

محمد ابراهیم ساریچلو

دکتر عباس علامی

نگارش

دکتر سید جواد حسینی هوشیار

خرداد ۱۳۹۵

تقديم به

همسر و فرزندان عزيزم

با تشکر از تمام کسانی که مرا در این پژوهش یاری نمودند.

## به نام خدا

بررسی اثربخشی روش درمانی حساسیت‌زدایی از طریق چشم و باز پردازش و درمان دارویی در مقایسه با درمان دارویی به‌تنهایی در اختلال وسواسی - جبری

### چکیده فارسی:

**مقدمه:** اگرچه داروهایی با عملکرد مهار باز جذب سروتونین و برخی از داروهای دیگر، به‌عنوان داروهای مؤثر در درمان وسواس شناخته‌شده‌اند اما اختلال وسواسی-جبری نسبت به اختلالات اضطرابی بدترین پاسخ درمانی را دارد، درواقع پاسخ (کاهش بیش از ۳۰٪ در علائم) تنها در ۴۰-۳۰ بیماران دیده می‌شود و حتی پاسخ ۲۰-۱۰٪ نیز برای بیمار بسیار خوشایند است هدف ما در این پژوهش بررسی اثربخشی ترکیب حساسیت‌زدایی از طریق چشم و باز پردازش و درمان دارویی در مقایسه با درمان دارویی به‌تنهایی در اختلال وسواسی - جبری بود. **مواد و روش‌ها:** این کار آزمایی تصادفی کنترل‌شده بر روی ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری که به‌صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند انجام شد به مدت ۸ هفته، گروه مداخله، تحت درمان ترکیبی از دارو (قرص فلووکسامین ۱۵۰ میلی گرم روزانه در دو دوز منقسم) و حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و باز پردازش (ای ام دی آر) و گروه مقایسه، تحت درمان دارو به‌تنهایی (قرص فلووکسامین ۱۵۰ میلی گرم روزانه در دو دوز منقسم) قرار گرفت. مقیاس ییل - براون قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه مورد بررسی قرار گرفت. **نتایج:** ۷ نفر از گروه مداخله و ۸ نفر از گروه مقایسه به دلیل عدم تمایل از مطالعه خارج شدند. متوسط مقیاس ییل - براون قبل از درمان در گروه مداخله ۲۴/۳۷ و در گروه مقایسه ۲۸/۵۷ درحالی‌که پس از درمان متوسط مقیاس ییل - براون به ترتیب ۱۱/۵ و ۲۲/۷۱ بود. بین میانگین مقیاس ییل - براون در دو گروه پس از درمان تفاوت معنی‌داری وجود داشت و نیز درمان دارو و "ای ام دی آر" مؤثرتر از درمان دارو به‌تنهایی در بهبود علائم اختلال وسواسی - جبری بود. **بحث:** اگرچه هر دو روش درمانی اثر قابل‌توجهی در بهبود اختلال وسواسی جبری داشتند، اما به نظر می‌رسد که ترکیب ای ام دی آر و دارو اثر بهتری در بهبود نهایی اختلال وسواسی - جبری دارد

**واژگان کلیدی:** اختلال وسواسی جبری، "ای ام دی آر"، حساسیت‌زدایی از طریق چشم و باز پردازش

## فهرست مطالب

### عنوان

چکیده فارسی .....	۵
فصل اول : کلیات .....	۸
الف : مقدمه .....	۹
ب : بیان مساله .....	۱۸
فصل دوم : زمینه و پیشینه تحقیق .....	۲۰
فصل سوم : روش اجرای تحقیق .....	۲۳
فصل چهارم : نتایج تحقیق .....	۲۸
فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری .....	۳۴
منابع .....	۳۷

### فهرست جداول

جدول ۱-۴ مقایسه سن و تست ییل براون قبل از مداخله در دو گروه مطالعه .....	۲۹
جدول ۲-۴ وضعیت تأهل در دو گروه .....	۳۰
جدول ۳-۴ وضعیت شغل در دو گروه .....	۳۱
جدول ۴-۴ میزان تحصیلات در ۲ گروه .....	۳۱
جدول ۵-۴ نوع اختلال وسواسی - جبری دردو گروه .....	۳۱
جدول ۶-۴ میانگین تست ییل _ براون دردو گروه قبل و بعد از مداخله .....	۳۲
جدول ۷-۴ میانگین تغییرات تست ییل _ براون دردو گروه .....	۳۲

پیوست ها:

۴۲ ..... مقیاس وسواس فکری - عملی ییل - براون

۴۶ ..... چکیده انگلیسی

# فصل اول

## (کلیات)



## الف: مقدمه

خصیصه اصلی اختلال وسواسی - جبری (OCD) وجود وسواس‌های فکری یا عملی مکرر و چنان شدید است که رنج و عذاب قابل ملاحظه‌ای را برای فرد به بار می‌آوردند. (۱) اختلال وسواسی جبری در صورت عدم درمان، سیری مزمن با نوسان علائم پیدا می‌کند. در بعضی افراد سیر دوره‌ای دارد و تعداد کمی هم به سمت تباهی ناتوان‌کننده‌ای پیش می‌روند. احتمال بهبودی بدون درمان کم است. شروع در کودکی یا نوجوانی می‌تواند منجر به تداوم بیماری در تمام عمر شود. باین‌حال ۴۱ درصد این افراد در اوایل بزرگسالی ممکن است بهبود یابند. (۲)

وسواس‌های عملی از آنجا که قابل مشاهده‌اند، در کودکان راحت‌تر از وسواس‌های فکری تشخیص داده می‌شوند. درعین‌حال اکثر کودکان مبتلا هم وسواس‌های فکری دارند و هم عملی مثل بزرگسالان. الگوی علائم در بزرگسالان در طول زمان می‌تواند ثابت باشد ولی در کودکان متغیرتر است. وقتی نمونه‌هایی از محتوای وسواس‌های فکری و عملی در کودکان و نوجوانان با بزرگسالان مقایسه می‌شود، تفاوت‌هایی گزارش شده است. این تفاوت‌ها احتمالاً انعکاس گر تناسب محتوای وسواس‌ها با مراحل مختلف رشد است افزایش وسواس‌های فکری جنسی و مذهبی در نوجوانان نسبت به کودکان، افزایش وسواس‌های فکری آسیب مثل ترس از حوادث مصیبت‌بار همچون مرگ یا بیماری خود و عزیزان در کودکان و نوجوانان در مقایسه با بزرگسالان. عوامل خطر ساز و عوامل مربوط به پیش آگهی مزاجی. علائمی چون درونی سازی بیشتر، هیجانات منفی قوی‌تر و بازداری‌های رفتاری در کودکان از عوامل خطر ساز احتمالی هستند.

محیطی. سوء رفتار جسمی و جنسی در کودکی و سایر حوادث پُرفشار روانی یا آسیب‌زا با افزایش خطر بروز OCD همراه‌اند. بعضی از کودکان ممکن است شروع ناگهانی علائم وسواسی همراه با عوامل محیطی مختلفی از جمله عوامل عفونی و یک سندرم خود ایمنی پس از عفونت داشته باشند.

## ژنتیک و بیولوژیک:

میزان OCD در وابستگان درجه اول افراد بزرگسال مبتلابه این اختلال تقریباً دو برابر وابستگان درجه اول کسانی است که به این اختلال دچار نیستند. درعین حال در وابستگان درجه اول افراد با شروع اختلال در کودکی یا نوجوانی، این رقم به ده برابر می‌رسد.

## جنبه‌های تشخیصی وابسته به فرهنگ

OCD در سرتاسر دنیا شیوع دارد. شباهت‌های اساسی در توزیع جنسی، سن شروع و هم ابتلایی با بیماری‌ها در تمام فرهنگ‌ها دیده می‌شود. از این گذشته، در سرتاسر جهان ساختار علائم مشابه شامل تمیز کردن، تقارن، خراشیدن پوست یا افکار تابو یا ترس از آسیب مشاهده می‌گردد. بااین‌وجود تفاوت‌های منطقه‌ای در تظاهر علائم نیز وجود دارد و عوامل فرهنگی ممکن است در شکل دادن به محتوای وسواس‌های فکری و عملی نقش داشته باشند.

## جنبه‌های تشخیصی وابسته به جنسیت

سن شروع OCD در مردها پایین‌تر از زن‌هاست و احتمال هم ابتلایی اختلال تیک هم در آن‌ها بیشتر است. تفاوت‌های مربوط به جنسیت در الگوی ابعاد علائم گزارش شده است. به‌عنوان نمونه، در زن‌ها احتمال علائم مربوط به جنبه‌های تمیز کردن و در مردها علائم مربوط به افکار ممنوعه و تقارن بیشتر است. در حوالی دوره زایمان، شروع یا تشدید OCD و همین‌طور، علائمی که می‌تواند در روابط مادر نوزاد دخالت کند مثل افکار وسواسی پرخاشگرانه‌ای که منجر به احتراز از نوزاد می‌شود گزارش شده است. (۲)

## خطر خودکشی

افکار خودکشی در مراحل، در تقریباً نیمی از مبتلایان به OCD بروز می‌کند. اقدام به خودکشی هم در بیش از یک‌چهارم مبتلایان گزارش شده است. هم ابتلایی با اختلال افسردگی اساسی خطر خودکشی را بالا می‌برد. (۲ و ۳)

## پیامدهای کارکردی اختلال وسواسی - جبری

اختلال وسواسی - جبری یا اُفت کیفیت زندگی و همچنین اختلال در کارکردهای سطح بالای اجتماعی و - شغلی همراه است. آسیب در ابعاد مختلف زندگی رخ می‌دهد و این امر با تشدید علائم همراه می‌شود. این آسیب می‌تواند حاصل صرف وقت برای وسواس‌های فکری و انجام وسواس‌های عملی باشد. اجتناب از موقعیت‌هایی که می‌توانند محرک وسواس‌های فکری یا عملی شوند هم به شدت موجب محدود شدن عملکرد می‌گردد. علاوه بر آن هر علامت خاصی هم می‌تواند موانع خاص مربوط به خود را بیافریند. به عنوان مثال، وسواس در مورد آسیب می‌تواند رابطه با اقوام و دوستان را با احساس خطر توأم کند که در نتیجه منجر به خودداری از این روابط گردد. وسواس در مورد تقارن می‌تواند سبب تأخیر در تکمیل به موقع پروژه‌های تحصیلی و شغلی شود زیرا این پروژه‌ها هیچ وقت احساس رضایت کامل را فراهم نمی‌کنند و احتمال شکست تحصیلی یا از دست دادن شغل را بوجود می‌آورند. مشکلاتی در مورد سلامتی بدن هم امکان بروز دارد برای مثال، افرادی که نگران آلوده شدن هستند ممکن است از رفتن به مطب پزشک یا بیمارستان به علت ترس از آلودگی میکروبی خودداری کنند یا دچار مشکلات پوستی مثل ضایعات ناشی از شستن زیاد (شوند). گاهی علائم وسواسی مانع درمان‌های لازم می‌شود (مثل وقتی که ترس از آلودگی وجود دارد. هنگامی که اختلال در کودکی یا نوجوانی شروع شده باشد، می‌تواند سبب

مشکلات مربوط به رشد روانی گردد. برای نمونه، نوجوانان ممکن است از ارتباط با همسالان بپرهیزند و بالغین جوان هم ممکن است وقتی برای زندگی مستقل خانه را ترک می‌کنند، دچار کشمکش شوند. حاصل این‌ها اصولاً می‌تواند کاهش عمده روابط خارج از خانه و فقدان خودمختاری و عدم استقلال مالی باشد. از این‌ها گذشته، بعضی مبتلایان به OCD به علت این اختلال در تحمیل قوانین و ممنوعیت‌های خود بر اعضای خانواده می‌کوشند مثلاً به خاطر ترس از آلودگی، هیچ یک از افراد خانواده نباید مهمانی را در منزل بپذیرد و این امر می‌تواند منجر به اختلال عملکرد خانوادگی گردد.

### تشخیص افتراقی

اختلالات اضطرابی. افکار تکراری، رفتارهای اجتنابی و درخواست‌های مکرر برای اطمینان خاطر یافتن - می‌توانند در اختلالات اضطرابی هم دیده شوند. با این حال، افکار تکراری که در اختلال اضطرابی منتشر وجود دارند مثل نگرانی‌ها، معمولاً درباره دلواپسی‌های زندگی واقعی‌اند؛ در حالیکه افکار وسواسی در OCD معمولاً ربطی به نگرانی‌های عادی زندگی ندارند و ممکن است محتوایی عجیب و غریب، غیرمنطقی و یا ماهیتی ظاهراً جادویی و سحرآمیز داشته باشند؛ علاوه بر آن، اعمال وسواسی هم اغلب وجود دارند و به این افکار مربوطند. مبتلایان به فوبیای اختصاصی هم مثل وسواسی‌ها می‌توانند واکنش‌های ترس نسبت به اشیاء یا موقعیت‌های خاص داشته باشند اما این اشیاء و موقعیت‌ها بسیار محدودترند و آداب و رسوم وسواسی هم وجود ندارد. در اختلال اضطراب اجتماعی فوبیای اجتماعی، اشیاء یا موقعیت‌ها محدود به ارتباطات اجتماعی‌اند و اجتناب یا اطمینان خاطرها متمرکز بر کاهش این ترس اجتماعی است.

اختلال افسردگی اساسی. OCD را می‌توان از نشخوارهای ذهنی اختلال افسردگی اساسی افتراق داد که معمولاً هم‌خوان با خلقند و ضرورتاً مزاحم یا رنج‌آور نیستند و علاوه بر آن، این نشخوارها مرتبط با وسواس‌های فکری نیستند؛ یعنی آنچه که در OCD معمول است.

سایر اختلالات وسواسی جبری و اختلالات وابسته. در اختلال بدریخت انگاری بدن، وسواس‌های فکری و - عملی به نگرانی در ورد ظاهر جسمی محدود است و در اختلال کندن مو (تری کوتیلومانیا)، اعمال وسواسی منحصر به کندن مو است. علائم اختلال ذخیره سازی فقط بر ناتوانی پایدار در دور ریختن یا جدا شدن از متعلقات متمرکز است و ناراحتی شدید در دور ریختن اشیاء وجود دارد که به انباشته شدن وسیع آنها منجر می‌گردد. با این وجود اگر کسی وسواس‌های فکری دارد که برای OCD تیپیک اند مثل نگرانی در مورد وجود نقایص در کار یا فکر آسیب و این وسواس‌ها منجر به رفتارهای گردآوری کننده تکراری شوند مثل انداختن همه اشیاء یک مجموعه برای ارضاء حس کمال جویی یا جمع آوری روزنامه‌های قدیمی به این دلیل که آنها ممکن است حاوی اطلاعاتی برای جلوگیری از آسیب‌ها باشند، تشخیص OCD را باید مطرح کرد.

اختلال خوردن. OCD را به این طریق می‌توان از بی‌اشتهایی عصبی تفکیک کرد که در OCD، وسواس‌های فکری و عملی، محدود به نگرانی در مورد وزن و غذا نیستند.

تیک‌ها در اختلال تیکو حرکات کلیشه‌ای. تیک، یک حرکت یا ادای صوت ناگهانی، سریع، مکرر و غیرموزون مثل چشمک زدن، گلو صاف کردن است. حرکت کلیشه‌ای هم یک حرکت تکراری ظاهراً اجباری بدون حاصل مثل کوبیدن سر، جنباندن بدن، گاز گرفتن خود است. تیک‌ها و حرکات کلیشه‌ای عموماً پیچیدگی کمتری نسبت به وسواس‌های عملی دارند و با هدف خنثی کردن وسواس‌های فکری انجام نمی‌شوند. با این وجود، تفکیک تیک‌های پیچیده از وسواس‌های عملی می‌تواند مشکل باشد. در عین حال،

وسواس‌های عملی معمولاً متعاقب وسواس‌های فکری انجام می‌شوند ولی تیک‌ها اغلب به دنبال تکانهٔ اجباری ایجاد می‌گردند. بعضی افراد علائمی از هر دو اختلال تیک و وسواسی جبری دارند که در این موارد، هر دو - تشخیص می‌تواند مطرح شود.

اختلالات روان پریشانه. بعضی مبتلایان به OCD، نسبت به بیماری خود، بینش کم یا حتی بینشی هذیانی دارند. با این وجود علائم آنها وسواس فکری و عملی است که از اختلال هذیانی قابل تفکیک است و سایر علائم اسکیزوفرنی یا اختلال اسکیزوافکتیو مثل توهمات یا اختلال جریان فکر را فاقدند.

سایر رفتارهای شبیه وسواس عملی. بعضی رفتارها هم گاهی با ماهیت اجباری توصیف می‌شوند مثل رفتارهای جنسی از جمله انحرافات جنسی، قماربازی یعنی اختلال قماربازی بیمارگونه و مصرف مواد مثل اختلال مصرف الکل، البته این رفتارها از وسواس‌های عملی در OCD با این ویژگی تفکیک می‌شوند که بیمار معمولاً از رفتار خود لذت می‌برد و فقط ممکن است به خاطر عواقب زیان آور، در انجامشان مقاومت به خرج دهد.

اختلال شخصیت وسواسی جبری. اگرچه اختلال شخصیت وسواسی جبری و اختلال وسواسی-جبری واجد نام مشابهی هستند ولی تظاهرات بالینی این دو اختلال کاملاً از هم متفاوت است. مشخصه اختلال شخصیت وسواسی جبری، افکار، تصاویر یا تمایلات مزاحم یا رفتارهای تکراری در واکنش به این افکار و - تصاویر و تمایلات نیست بلکه ویژگی اصلی آن، الگوی مستمر غیرسازگارانه کمال گرایی شدید و کنترل سخت و انعطاف ناپذیر است. اگر فردی علائم OCD و همچنین اختلال شخصیت وسواسی جبری را - داراست، هر دو تشخیص با هم می‌توانند مطرح شوند.

## هم ابتلائی

اختلال وسواسی جبری در اغلب موارد با آسیب شناختی های روانی دیگر هم همراه است. بسیاری از - بزرگسالان مبتلا به این اختلال، در طول زندگی خود، تشخیص یک اختلال اضطرابی ۵۷ درصد و از جمله اختلال هراس، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب منتشر، فوبیای اختصاصی یا یک اختلال افسردگی یا دوقطبی ۷۳ درصد در مجموع که اختلال افسردگی با ۴۱٪ شایع ترین است را دارند. شروع OCD معمولاً دیرتر از اغلب این اختلالات اضطرابی به استثنای اختلال اضطراب جدایی یا PTSD همراه است ولی اغلب پیش از اختلالات افسردگی آغاز می شود. هم ابتلائی شخصیت وسواسی جبری هم در مبتلایان به - OCD شایع است (از ۲۳ تا ۳۲ درصد). بیش از ۳۱ درصد مبتلایان به OCD در دوره ای از زندگی خود، اختلال تیک هم دارند. هم ابتلائی اختلال تیک در افراد مذکری که شروع وسواسشان از کودکی بوده، شایع تر است. این گروه از نظر موضوع علائم وسواسی، هم ابتلائی بیماری ها، سیر بیماری و الگوی انتقال خانوادگی از گروه فاقد تیک متفاوتند. علائم سه گانه اختلال تیک و ADHD و OCD هم می تواند در کودکان دیده شود.

اختلالاتی که در مبتلایان به OCD بیشتر از غیرمبتلایان دیده می شود شامل اختلالات وسواسی جبری - و سایر اختلالات وابسته متعدد شامل اختلال بدریخت انگاری بدن، تریکوتیلومانیا (اختلال کندن مو) و اختلال خراشیدن پوست اند. سرانجام، همراهی بین OCD و بعضی اختلالات که با تکانه ای بودن همراهند مثل اختلال نافرمانی مقابله جویانه نیز گزارش شده است.

OCD همچنین در مبتلایان به بعضی اختلالات دیگر هم بسیار شایع تر از آن چیزی است که در جمعیت عمومی انتظار می رود و وقتی که یکی از این اختلالات در کسی تشخیص داده شد، آن فرد باید از نظر تشخیص OCD هم بررسی شود. برای نمونه در کسانی که دچار اسکیزوفرنی یا اختلال اسکیزوافکتیواند،



شیوع OCD حدود ۱۲ درصد است. میزان OCD همچنین در اختلال دوقطبی، اختلالات خوردن مثل بی اشتها، عصبی و پرخوری و همچنین اختلال تور، بالاست.

## ب: بیان مسئله

وسواس‌های فکری یا عملی سبب اتلاف وقت می‌شوند و اختلال قابل ملاحظه‌ای در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت‌های معمول اجتماعی، یا روابط فرد ایجاد می‌کنند.

میزان شیوع مادام العمر اختلال وسواسی - جبری در جمعیت عمومی دوتا سه درصد است. طبق تخمین برخی از پژوهشگران، اختلال وسواسی - جبری در بسیاری از بیماران سرپایی مطبها و درمانگاههای روانپزشکی یعنی در ده درصد آنها یافت می‌شود. با توجه به ارقام مذکور اختلال وسواسی - جبری چهارمین بیماری روانپزشکی پس از فوبیا (هراس)، اختلالات مرتبط با مواد و اختلال افسردگی اساسی است. (۸-۴)

اگر چه داروهایی با عملکرد مهار بازجذب سوتونین و برخی از داروهای دیگر به عنوان داروهای مؤثر در درمان وسواس شناخته شده‌اند (۸-۱۲) اما OCD نسبت به اختلالات اضطرابی بدترین پاسخ درمانی را دارد که پاسخ (کاهش بیش از ۳۰٪ در علائم) تنها در ۴۰-۳۰ بیماران دیده می‌شود و حتی پاسخ ۲۰-۱۰٪ نیز برای بیمار بسیار خوشایند است و پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نشانه‌های وسواس، در ۷۰ تا ۹۰ درصد بیماران باقطع دارو عود می‌یابد. (۱۳ و ۱۴)

حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم و باز پردازش (EMDR)، نوعی درمان مواجهه سازی برای درمان بیمارانی است که استرس آسیب زایی را تجربه کرده‌اند. این درمان غرقه سازی تجسمی، بازسازی شناختی و استفاده سریع و موزون از حرکات چشم و تحریک دو سویه دیگر را شامل می‌شود. این روش درمانی که شاپیرو آن را اختراع کرد از مداخله‌های رفتاری به دست آمده است و برای کمک به بیمارانی طراحی شده که به اختلال‌های استرس پس از آسیب مبتلا هستند، (۱۵) این روش در مورد جمعیت‌های گوناگون از جمله کودکان، زوج‌ها، قربا نیان تجاوز جنسی، سربازان از جنگ برگشته، قربانیان جرائم، افرادی که از

تجاوز جنسی جان به در برده‌اند، قربانیان تصادف، افرادی که با اضطراب، وحشتزدگی، افسردگی، اندوه، اعتیادها و فویبها دست به گریبان هستند، به کار رفته است.

تکنیک درمانی حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم و باز پردازش برای تعدیل افکار منفی و جایگزینی افکار مثبت و تعدیل تغییرات جسمانی از طریق حساسیت زدایی یعنی درمان چند جنبه‌ای مؤثر گزارش شده است. (۱۶-۲۱)

حساسیت زدایی از طریق چشم و باز پردازش، یک درمان رفتاری است که مطالعات بالینی سودمندی آن را در اختلال پس از سانحه و دیگر اختلالات اضطرابی نشان داده است.

از زمان پیدایش این روش تا کنون این تکنیک درمانی بطور موفقیت آمیزی در درمان پیامدهای روانی حیطه وسیعی از حوادث آسیب زا بکار رفته است اما در خصوص بکارگیری این روش در بازداری از افکار و پاسخ بیماران اختلال وسواسی - جبری پژوهش‌های زیادی صورت نگرفته و نتایج حمایتی کافی از تأثیر گذاری آن وجود ندارد.

هر چند کاربرد حساسیت زدایی از طریق چشم و باز پردازش در درمان بیماران اختلال وسواسی - جبری توسط شایبرو پیش بینی شده بود اما پژوهش‌های اندکی این رابه عنوان بخشی از مداخلات درمانی توصیه کرده‌اند. با توجه به ویژگیهای اختلال وسواسی - جبری (شیوع بالا و عدم پاسخ درمانی برخی بیماران به درمانهای دارویی) جهت گسترش و بسط روش‌های درمانی برای کمک به این بیماران در این پژوهش به مقایسه اثربخشی روش درمانی حساسیت زدایی از طریق چشم و باز پردازش و درمان دارویی در مقایسه با درمان دارویی به تنهایی پرداختیم.

# فصل دوم

(زمینه و پیشینه تحقیق)

## مروری بر مطالعات انجام شده:

در پژوهش نظری و همکاران، ۶۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی - جبری به صورت تصادفی در یک گروه تحت درمان با سیتالوپرام و یک گروه تحت درمان EMDR به مدت ۱۲ هفته مورد بررسی قرار گرفتند. از شرکت کنندگان قبل و بعد از درمان تست ییل - براون گرفته شد و در آن اثر درمانی روش EMDR با داروی سیتالوپرام در اختلال وسواسی - جبری بررسی گردید، مشاهده شد که در گروه تحت درمان با روش EMDR میزان بهبود بطور معنا داری بیشتر از گروه تحت درمان با سیتالوپرام بود. پژوهش میانگین کاهش ییل - براون  $6.2 \pm 2.61$  در گروه تحت درمان با سیتالوپرام و در گروهی که فقط تحت درمان EMDR بودند، میانگین کاهش ییل - براون  $11.2 \pm 5.32$  گزارش شد. (۲۲)

Böhm و همکاران سه مورد از استفاده روش EMDR در بیماران وسواسی - جبری را گزارش کردند که باعث کاهش در حدود ۶۰ درصدی علایم شد. (۲۳)

در پژوهش وزیری و همکاران نیز ۳۰ بیمار وسواسی مراجعه کننده به روان پزشک که تشخیص اختلال وسواسی - اجباری دریافت کرده بودند پس از دریافت دارو، در دو گروه به صورت تصادفی کاربندی شده و از نظر علایم و شدت وسواس مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش در طول ۸ هفته، علاوه بر درمان دارویی با استفاده از تکنیک آموختند که هنگام مواجهه با افکار وسواسی، به جای پاسخ اجباری، از حرکات چشم برای غلبه، EMDR بر افکار استفاده کنند. در این مدت (۸ هفته) گروه کنترل صرفاً به درمان دارویی پرداختند سپس، هر دو گروه از نظر علایم و شدت وسواس مورد سنجش قرار گرفتند و تحلیل داده ها حاکی از اثربخشی بیشتر همراهی تکنیک EMDR و دارو در مقایسه با دارودرمانی به تنهایی در کاهش علایم و شدت وسواس بود.

همچنین، نتایج نشان داد که کاهش شدت وسواس در گروه آزمایشی بیشتر از میزان کاهش علائم آنهاست. (۲۴)

# فصل سوم

(روش اجرای تحقیق)

## نوع پژوهش:

این بررسی یک مطالعه مداخله‌ای بالینی می‌باشد.

## جامعه پژوهش:

جامعهٔ آماری پژوهش حاضر، بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مراجعه کننده به درمانگاه اعصاب و روان بیمارستان ۲۲ بهمن قزوین و مطب خصوصی یک نفر از اعضا هیئت علمی روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین می‌باشد. از این جامعه به روش نمونه گیری در دسترس، 30 نفر از بیماران که بر اساس ویزیت و مصاحبه انجام گرفته توسط روانپزشک واجد کرایترهای تشخیصی DSM-5 اختلال وسواسی-جبری بودند و نیز فاقد سایر اختلالات روانپزشکی محور یک بر اساس کرایترهای تشخیصی DSM-5 بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه الف و ب تقسیم بندی شدند.

## روش اجرا:

بیمار پس از مراجعه چنانچه بر اساس ویزیت و مصاحبه انجام گرفته توسط روانپزشک واجد کرایترهای تشخیصی DSM-5 برای اختلال وسواسی-جبری باشد و فاقد سایر اختلالات روانپزشکی محور یک بر اساس کرایترهای تشخیصی DSM-5 هست، انتخاب و به صورت تصادفی (اعداد تصادفی) در یکی از دو گروه الف و ب تقسیم بندی می‌گردد. هر دو گروه پیش از آغاز درمان توسط آزمون بیل براون سنجش می‌شوند و همچنین هر دو گروه قرص فلووکسامین ۱۵۰ میلی گرم روزانه منقسم در دو دوز (با شروع ۵۰ میلی گرم شبانه و افزایش دوز ۵۰ میلی گرم هر ۴ روز تا رسیدن به دوز روزانه ۱۵۰ میلی گرم) به عنوان درمان استاندارد OCD دریافت داشتند. گروه الف هم‌زمان با مصرف دارو طی ۸ هفته، در جلسه درمان



EMDR، حاضر شده و پس از یادگیری تکنیک و چگونگی استفاده از آن هنگام مواجه شدن با افکار مزاحم و اضطراب ناشی از آن، موضوعات و شدت اضطراب ناشی از افکار، آموزش دیدند. تعداد جلسات EMDR ۳ تا ۵ جلسه ۴۵ دقیقه ای بود. با توجه به بهترین زمان اثربخشی داروهای ضد وسواس در طول این مدت، گروه الف علاوه بر استفاده از دارو با تکنیک آموخته شده به درمان ادامه دادند در حالی که گروه ب، صرفاً تحت درمان دارویی بودند. پس از ۸ هفته هر دو گروه مجدداً توسط آزمون ییل براون سنجش شدند.

### معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود به مطالعه:

۱- سن ۱۸ سال و به بالا

۲- ابتلا به اختلال وسواسی -اجباری طبق کرایترهای تشخیصی dsm5

معیارهای خروج از مطالعه: ۱- ابتلا به سایر اختلالات روان پزشکی نظیر افسردگی، اختلالات سایکوتیک،...

۳- ابتلا به اختلالات جسمی

### ابزار و روش گردآوری داده‌ها:

#### مقیاس وسواسی -اجباری ییل -براون

مقیاس وسواسی -اجباری ییل - براون جهت ارزیابی شدت وسواس‌ها و اجبارها، بدون توجه به شمار و محتوای وسواس‌ها و اجبارهای کنونی است. برخلاف سایر پرسشنامه‌های موجود در این حوزه، حساسیت

بالایی نسبت به تغییرات درمانی دارد و مقیاس وسواسی - اجباری ییل - براون به طور گسترده برای ارزیابی اثربخشی درمان های دارویی و روان شناختی OCD به کار می رود، به طوری که با عنوان « معیار طلایی » ارزیابی شدت OCD در پایان درمان شهرت یافته است. (۲۵) در ایران نیز در سال ۱۳۹۰ توسط راجزی اصفهانی و همکاران در دانشگاه شهید بهشتی پایایی و روایی نسخه فارسی آن مورد ارزیابی و تأیید قرار گرفته است. (۲۶)

### روش تجزیه و تحلیل داده ها:

برای مقایسه نمرات آزمون هر فرد قبل و بعد از درمان از آزمون  $t$  زوجی و برای مقایسه میانگین آزمون نمرات پس آزمون دو گروه از آزمون  $manova$  استفاده شد؛ و اطلاعات از طریق نرم افزار آماری SPSS نسخه 21 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

### ملاحظات اخلاقی:

کلیه اطلاعاتی که از بیمار گرفته شد و نیز نام بیمار محرمانه باقی ماند و نتایج تحقیقات به صورت کلی و در قالب اطلاعات گروه مورد مطالعه منتشر می گردد و نتایج فردی در صورت نیاز بدون ذکر نام و مشخصات فردی عرضه می شود. به علاوه رضایت بیمار و کنترل فارغ از هرگونه اجبار، تهدید، تطمیع و اغوا جلب شد. محقق اطلاعات مربوط به روش اجرا و هدف از انجام تحقیق، فواید، ماهیت و مدت تحقیق را به میزانی که با آزمودنی ارتباط دارد به وی تفهیم شد و به سؤالات او پاسخ قانع کننده داده شد.

## متغیرهای تحقیق:

عنوان متغیر	مستقل	وابسته	کمی		کیفی		تعریف علمی	مقیاس
			پیوسته	گسسته	اسمی	رتبه‌ای		
نوع گروه	*				*		گروه الف و ب	درمان استاندارد / درمان استاندارد + EMDR
سن	*		*					برحسب سال
جنس	*				*			مرد / زن
نتیجه تست ییل براون		*		*				نمره از ۰ تا ۴ پرسشنامه

# فصل چهارم

## (نتایج تحقیق)

## یافته‌های پژوهش:

**نتایج:** در مطالعه حاضر، از ۳۰ بیمار شرکت‌کننده ۱۵ نفر از ادامه درمان انصراف دادند که ۷ نفر از گروه تحت درمان دارویی و EMDR و ۸ نفر از گروه درمان دارویی بودند. میانگین سنی گروه تحت درمان دارویی و EMDR  $26/5 \pm 9/87$  سال و در گروهی که صرفاً درمان دارویی می‌گرفتند  $36.28 \pm 8.83$  سال بود. جدول ۱-۴ وضعیت آماری سن، در دو گروه را نشان می‌دهد

جدول ۱-۴ مقایسه سن و تست ییل براون قبل از مداخله در دو گروه مطالعه		
متغیر موردبررسی	میانگین در گروه تحت درمان دارویی و EMDR	میانگین در گروه درمان دارویی
سن (سال)	$26/5 \pm 9/87$	$36/28 \pm 8/83$
تست ییل براون قبل از مداخله	$5/18 \pm 24/37$	$5/38 \pm 28/57$

بیماران ۷ مورد (۴۶/۷) مرد و ۸ نفر (۵۳/۳) زن بودند. (جدول ۲-۴)

وضعیت تأهل، شغل، میزان تحصیلات و نوع اختلال وسواسی - جبری به ترتیب در جدول‌های ۳-۴ و ۴-۵ و ۵-۶ و ۶-۴ نشان داده شده است. وضعیت تأهل بیماران شامل زیرمجموعه‌های مجرد و متأهل بود. موارد مطلقه به علت کم بودن تعداد (۱ مورد در گروه تحت درمان EMDR و درمان دارویی) در دسته‌بندی مجرد بررسی شدند.

جدول ۲- ۴ وضعیت تأهل در دو گروه

گروه	وضعیت تأهل	تعداد	درصد
گروه تحت درمان EMDR و درمان دارویی	مجرد	۶	۷۵
	متأهل	۲	۲۵
	مجموع	۸	۱۰۰
گروه درمان دارویی	مجرد	۳	۴۲/۹
	متأهل	۴	۵۷/۱
	مجموع	۷	۱۰۰

جدول ۳- ۴ وضعیت شغل در دو گروه

GROUP	شغل	تعداد	درصد
گروه تحت درمان EMDR و درمان دارویی	خانه‌دار	۴	۵۰
	دانشجو	۱	۱۲/۵
	شاغل	۲	۲۵
	بیکار	۱	۱۲/۵
	مجموع	۸	۱۰۰
گروه درمان دارویی	خانه‌دار	۴	۵۷/۱
	شاغل	۲	۲۸/۶
	بیکار	۱	۱۴/۳
	مجموع	۷	۱۰۰

جدول ۴ - میزان تحصیلات در ۲ گروه

درصد	تعداد	GROUP
۱۲/۵	۱	ابتدایی
۶۲/۵	۵	متوسطه
۲۵	۲	بالای دیپلم
۱۰۰	۸	مجموع
۱۴/۳	۱	ابتدایی
۴۲/۹	۳	متوسطه
۴۲/۹	۳	بالای دیپلم
۱۰۰	۷	مجموع

گروه درمان دارویی و

EMDR

گروه درمان دارویی

جدول ۵ - ۴ نوع اختلال وسواسی - جبری دردوگروه (OCD\_TYPE)

درصد	تعداد	گروه
۱۲/۵	۱	Contamination
۱۲/۵	۱	Pathological doubt
۵۰	۴	Intrusive Thought
۲۵	۲	Two types or more
۱۰۰	۸	مجموع
۴۲/۹	۳	Contamination
۴۲/۹	۳	Intrusive Thought
۱۴/۳	۱	Two types or more
۱۰۰	۷	مجموع

گروه تحت درمان EMDR و درمان دارویی

گروه درمان دارویی

میانگین نمرات تست ییل \_ براون قبل از شروع مداخله در گروه تحت درمان EMDR و درمان دارویی

۵/۱۸±۲۴/۳۷ و در گروهی که صرفاً درمان دارویی می گرفتند ۵/۳۸±۲۸/۵۷ بود. (جدول ۷-۴)

جدول ۶-۴ میانگین تست ییل \_ براون دردوگروه قبل و بعد از مداخله

انحراف معیار	تعداد	میانگین تست ییل _ براون	گروه
۳/۰۲	۸	۱۱/۵	گروه تحت درمان EMDR و درمان دارویی
۵/۱۸	۸	۲۴/۳۷	
۴/۶۴	۷	۲۲/۷۱	گروه درمان دارویی
۵/۳۸	۷	۲۸/۵۷	

میانگین کاهش تست ییل \_ براون بعد از هشت هفته از شروع مداخله در گروه تحت درمان EMDR و

درمان دارویی ۵/۷۷±۱۲/۸۷ و در گروهی که صرفاً درمان دارویی می گرفتند ۱/۶۸±۵/۸۶ بود که کاهش

معنی داری در گروه تحت درمان EMDR و درمان دارویی نسبت به گروهی که صرفاً درمان دارویی

می گرفتند، مشاهده گردید. ( $P<۰/۰۰۰۱$ )

جدول ۷-۴ میانگین تغییرات تست ییل \_ براون دردوگروه

P - value	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه
$P<۰/۰۰۰۱$	۵/۷۶۷۸۳	-۱۲/۸۷	۸	گروه تحت درمان EMDR و درمان دارویی
	۱/۶۸	-۵/۸۶	۷	گروه درمان دارویی



آزمون تحلیل واریانس تک متغیره ( $F=16.793$ ,  $P<0.05$ ) و ضریب همبستگی تاوی- بی کندال ( $r=0.604$ ,  $P<0.01$ ) رابطه معنی دار و مثبتی را بین نمره پس آزمون تست ییل \_ براون و گروهی که بیمار در آن قرار داشت نشان داد. در این آزمون متغیر نمره پیش آزمون و سن بیمار به عنوان covariate و گروه به عنوان متغیر ثابت در نظر گرفته شد.

# فصل پنجم

(بحث و بررسی یافته‌ها)

## بحث و تفسیر نتایج پژوهش:

اگرچه داروهایی با عملکرد مهار باز جذب سروتونین و برخی داروهای دیگر به عنوان داروهای مؤثر در درمان وسواس شناخته شده‌اند اما OCD نسبت به اختلالات اضطرابی بدترین پاسخ درمانی را دارد که پاسخ (کاهش بیش از ۳۰٪ در علائم) تنها در ۴۰-۳۰ بیماران دیده می‌شود و حتی پاسخ ۱۰-۲۰٪ نیز برای بیمار بسیار خوشایند است و پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نشانه‌های وسواس، در ۷۰ تا ۹۰ درصد بیماران با قطع دارو عود می‌یابد. (۳ و ۶) ما در این مطالعه تأثیر روش درمانی EMDR و درمان دارویی را با درمان دارویی به‌تنهایی در درمان اختلال وسواسی - جبری بررسی کردیم. اصلی‌ترین یافته این مطالعه کاهش معنی‌دار شدت علائم اختلال وسواسی - جبری بر اساس پرسشنامه ییل - براون پس از درمان EMDR بود.

در مطالعه وزیری و همکاران (۲۴) که به مقایسه دو گروه تحت درمان با روش EMDR و درمان دارویی با گروهی که صرفاً تحت درمان دارویی قرار داشت، نتایجی مشابه مطالعه ما داشت، در این مطالعه نیز یافته عمده به‌دست‌آمده تأثیر قابل‌توجه درمان EMDR در کاهش شدت علائم اختلال وسواسی - جبری پس از ۸ هفته در مقایسه با گروه تحت درمان دارویی به‌تنهایی بود.

در مطالعه نظری و همکاران، افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری به‌صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. یک گروه تحت درمان با سیتالوپرام و یک گروه تحت درمان EMDR به مدت ۱۲ هفته قرار گرفتند. از شرکت‌کنندگان قبل و بعد از درمان تست ییل - براون گرفته شد و در آن اثر درمانی روش EMDR با داروی سیتالوپرام در اختلال وسواسی - جبری بررسی گردید، مشاهده شد که در گروه تحت درمان با روش EMDR میزان بهبود به‌طور معناداری بیشتر از گروه تحت درمان با سیتالوپرام بود. (۲۲) در این پژوهش میانگین کاهش ییل - براون  $6.2 \pm 2.61$  در گروه تحت درمان با سیتالوپرام گزارش شد که با میانگین کاهش ییل - براون

مطالعه حاضر در گروهی که فقط درمان دارویی دریافت داشتند همخوانی داشت. همچنین در

گروهی که فقط تحت درمان EMDR بودند، میانگین کاهش ییل\_براون  $11.2 \pm 5.32$

گزارش شد که این اندکی کمتر از میانگین کاهش ییل\_براون در گروه تحت درمان با

EMDR و درمان دارویی در مطالعه حاضر می‌باشد که می‌تواند به دلیل اضافه شدن درمان

دارویی در مطالعه حاضر باشد.

در کل نتایج این تحقیق اثر درمان EMDR را در ترکیب با درمان دارویی، در کاهش شدت علائم

بیماری اختلال وسواسی \_ جبری تأیید نموده است و انتظار می‌رود در صورت انتخاب EMDR

به‌عنوان درمان کمکی در اختلال وسواسی \_ جبری، اثرات درمان دارویی را افزایش دهیم.

با توجه به اینکه مطالعه ما جزء معدود مطالعات انجام‌شده در این زمینه بوده و به علت خروج

تعدادی از افراد مورد مطالعه و کاهش موارد مورد بررسی دارای محدودیت بوده که انجام مطالعات

بالقوه با حجم نمونه بالاتر باهدف بررسی تأثیر EMDR در درمان اختلال وسواسی \_ جبری

پیشنهاد می‌گردد تا به‌طور جامع درمان با EMDR را بررسی نماید.

1-Böhm K. Obsessive-Compulsive Disorder and EMDR Therapy. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy Scripted Protocols and Summary Sheets: Treating Anxiety, Obsessive-Compulsive, and Mood-Related Conditions. 2015 Aug 19:101.

2-DSM-5 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington: American Psychiatric Publishing. 2013:362 – 72.

3-Hollander, E, Stein, D, Broatch, J, et al. A pharmaco-economic and quality of life study of OCD. In: Scientific Abstracts of the 34th Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology; December 11-15, 1995; San Juan, Puerto Rico. p.155.

4- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th ed. Philadelphia. ippincott Williams & wilkins. 2007, 606- 610.

5-Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. Arch Gen Psychiatry 1988; 45:1094.

6-Geller D, Biederman J, Jones J, et al. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998; 37:420.

7-Geller DA, Biederman J, Griffin S, et al. Comorbidity of juvenile obsessive-compulsive disorder with disruptive behavior disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35:1637.

8-Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry 1992; 53 Suppl:4.

9-Soomro GM, Altman D, Rajagopal S, Oakley-Browne M. Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD). Cochrane Database Syst Rev 2008; CD001765.

10-Ackerman DL, Greenland S. Multivariate meta-analysis of controlled drug studies for obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychopharmacol 2002; 22:309

11-Bjorqvinnsson T, Hart J, Heffelfinger S. Obsessive compulsive disorder: update on assessment and treatment. J Psychiatr Pract 2007;13:362 – 72.

12- Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, Devanna M, et al. Psychological treatment versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2.

13- Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. New York: Lippincott Williams & wilkins; 2009; 1: 1911..

14- Rufer M, Hand I, Alsleben H, Braatz A, Ortmann J, Katenkamp B, et al. Long-term course and outcome of obsessive compulsive patients after cognitive-behavioral therapy in combination with either fluvoxamine or placebo. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2005;225:121 – 8.

15- Shapiro, F. (2012). EMDR therapy: An overview of current and future research. European Review of Applied Psychology, 62, 193-195.

16- Raboni, M.R., Tufik, S., & Suhecki, D. (2006). Treatment of PTSD by eye movement desensitization and reprocessing improves sleep quality, quality of

life and perception of stress. Annals of the New York Academy of Science, 1071, 508-513.

17- Arabia, E., Manca, M.L. & Solomon, R.M. (2011). EMDR for survivors of life-threatening cardiac events: Results of a pilot study. Journal of EMDR Practice and Research, 5, 2-13.

18- Capezzani et al. (2013). EMDR and CBT for cancer patients: Comparative study of effects on PTSD, anxiety, and depression. Journal of EMDR Practice and Research, 5, 2-13.

19-Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C., & Shapiro, F. (2007). EMDR and phantom limb pain: Case study, theoretical implications, and treatment guidelines. Journal of EMDR Science and Practice, 1, 31-45.

20-Urbe, M. E. R., & Ramirez, E. O. L. (2006). The effect of EMDR therapy on the negative information processing on patients who suffer depression. Revista Electrónica de Motivación y Emoción (REME), 9, 23-24.

21- Bae, H., Kim, D. & Park, Y.C. (2008). Eye movement desensitization and reprocessing for adolescent depression. Psychiatry Investigation, 5, 60-65.

22- Nazari, H., Momeni, N., Jariani, M., & Tarrahi, M. J. (2011). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing with citalopram in treatment of obsessive-compulsive disorder. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 15, 270-274

23- Böhm, K., & Voderholzer, U. (2010). Use of EMDR in the treatment of obsessive-compulsive disorders: A case series. *Verhaltenstherapie*, 20(3), 175-181.

24- وزیری شهرام، لطفی کاشانی فرح و آب یار حسینی سید علی. کاربرد حساسیت زدایی از طریق چشم

و بازپزدازش برای درمان اختلال وسواس فکری - عملی. مجله اندیشه و رفتار. ۱۳۹۰؛ ۲۰(۵):۷-۱۶

25-Feinstein, S., Fallon, B., Petkova, E., & Liebowitz, M. (2003). Item by item factor analysis of Yale-Brown obsessive-compulsive scale checklist.

Neuropsychiatry Clinical Neuroscience, 15(2), 187-193.

26-Esfahani SR, Motaghipour Y, Kamkari K, Zahiredin A, Janbozorgi M.

Reliability and Validity of the Persian Version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2012 Jan 1;17(4).



# پیوست ها

## مقیاس وسواس فکری - عملی

### بیل - براون

۱- افکار وسواسی تا چه مقدار از وقت شما را اشغال می کنند؟ میزان فراوانی وقوع افکار وسواس چقدر است؟

۰ = هیچ<sup>۱</sup>

۱ = کمتر از یک ساعت در روز یا مزاحمت های گهگاهی ( نه بیش از هشت بار در روز ).

۲ = یک تا سه ساعت در روز یا مزاحمت های مکرر ( بیش از هشت بار در روز ، ولی اکثر ساعات روز بدون افکار وسواسی هستم ).

۳ = بیش از سه ساعت و تا هشت ساعت در روز یا مزاحمت های بسیار مکرر ( بیش از هشت بار در روز و در اکثر ساعات روز اتفاق می افتد ).

۴ = بیش از هشت ساعت در روز یا مزاحمت های تقریباً مداوم ( تعداد آنها آن قدر زیاد است که خارج از شمارش می باشند و کمتر ساعتی را بدون وسواس فکری سپری می کنم ).

۲- افکار وسواسی تا چه اندازه در عملکرد شغلی یا اجتماعی شما اختلال ایجاد کرده اند ؟ (اگر در حال حاضر شاغل نیستید ، میزان تداخل وسواس های فکری را که در فعالیت های روزمره خود در نظر بگیرید ).

۰ = بدون اختلال

۱ = اختلال خفیف و جزئی در فعالیت های شغلی یا اجتماعی، ولی به طور کلی به عملکرد من لطمه ای نزده است .

۲ = اختلال متوسط و مشخص در عملکرد شغلی یا اجتماعی ، ولی قابل کنترل است .

۳ = اختلال شدید ، لطمه ای اساسی به عملکرد شغلی و اجتماعی من زده است.

۴ = اختلال بسیار شدید و ناتوان کننده.

۳- افکار وسواسی تا چه اندازه باعث ناراحتی و پریشانی شما می شوند ؟

۰ = هیچ

۱ = خفیف و نامکرر ، آنچنان ناراحت کننده نیست .

<sup>۱</sup> - اگر پاسخ شما به این پرسش «هیچ» باشد ، برای پرسشهای ۳، ۴، ۱، ۲ و ۵ نیز پاسخ «هیچ» را علامت بزنید و به سؤال ۶ بروید.

۲= متوسط ، مکرر و ناراحت کننده ، ولی همچنان قابل کنترل.

۳= ناراحتی شدید، بسیار مکرر و بسیار پریشان کننده.

۴= ناراحتی بسیار شدید ، تقریباً مداوم و ناتوان کننده.

۴- تا چه اندازه سعی می کنید افکار وسواسی را نادیده بگیرید ؟ و تا چه اندازه اجازه می دهید که این افکار به طور طبیعی در ذهن شما جریان پیدا کنند ؟ (البته ما نمی خواهیم بدانیم که شما در نادیده گرفتن این افکاری موفق هستید یا خیر ، بلکه می خواهیم بدانیم که چقدر و چه مواقعی برای این کار تلاش می کنید).

• = من همیشه اجازه می دهم که افکار وسواسی به طور طبیعی در ذهن من جریان داشته باشند .

۱= بیشتر مواقع آنها را نادیده می گیرم ( مثلاً بیش از نیمی از اوقات).

۲= تا حدودی تلاش می کنم که آنها را نادیده بگیرم .

۳= به ندرت این افکار وسواسی را نادیده می گیرم.

۴= هیچ وقت تلاشی برای نادیده گرفتن افکار وسواسی نمی کنم.

۵- تا چه اندازه در نادیده گرفتن افکار وسواسی خود موفق هستید ؟ ( توجه داشته باشید که این امر وسواس هایی که با رفتارهای وسواسی متوقف می شوند را در بر نمی گیرد ).

• = همیشه با موفقیت کامل می توانم این افکار را نادیده بگیرم.

۱= معمولاً با موفقیت می توانم آنها را نادیده بگیرم.

۲= در نادیده گرفتن آنها ، گاهی موفق هستم .

۳= به ندرت در نادیده گرفتن آنها موفق هستم .

۴= حتی برای یک لحظه هم نمی توانم آنها را نادیده بگیرم.

### رفتارهای وسواسی

منظور از رفتارهای وسواسی ، رفتارها یا عملکردهایی است که اگر چه آنها را بی معنی یا افراطی می دانید ، با این حال احساس می کنید که باید آنها را انجام بدهید . گاهی اوقات شما سعی می کنید که در انجام دادن آنها علی رغم مشکلات و زحمات زیاد مقاومت کنید . ممکن است تا زمانی که آن رفتار را انجام نداده و یا تمام نکرده اید ، همچنان اضطراب داشته باشید .

برای اینکه بتوانید به پنج پرسش نخست پاسخ بدهید ، بهتر است رفتارهای وسواسی را که در فهرست علائم وسواس فکری- عملی (YBOCS) مشخص کرده اید، مرور کنید. لطفاً در مورد هفت روز گذشته ( از نظر جمله امروز ) فکر کرده و برای هر پرسش ، یکی از پاسخ ها را علامت بزنید .

۶- برای انجام دادن رفتارهای وسواسی تا چه اندازه وقت صرف می کنید؟ فراوانی انجام دادن این رفتارها چقدر است؟ ( اگر آداب رفتاری شما در برگیرنده فعالیت های روزمره چقدر بیشتر طول می کشد).

۰ = هیچ<sup>۲</sup>

۱ = کمتر از یک ساعت در روز برای انجام دادن رفتارهای وسواسی یا انجام دادن رفتارهای وسواسی به صورت گهگاهی ( کمتر از هشت بار در روز ).

۲ = یک تا سه ساعت در روز برای انجام دادن رفتارهای وسواسی یا انجام دادن رفتارهای وسواسی به صورت مکرر ( بیش از هشت بار در روز، ولی اکثر ساعات روز بدون رفتارهای وسواسی هستم ).

۳ = بیش از سه ساعت و تا هشت ساعت در روز، صرف انجام دادن رفتارهای وسواسی می شود یا تکرار آن رفتارها به طور خیلی زیاد ( بیش از هشت بار در روز و در اکثر ساعات روز اتفاق می افتد ).

۴ = بیش از هشت ساعت در روز یا تقریباً انجام دادن رفتارهای وسواسی به طور مداوم ( تعداد آنها آن قدر زیاد است که خارج از شمارش می باشند و کمتر ساعتی را بدون انجام دادن رفتارهای وسواسی سپری می کنم ).

۷- رفتارهای وسواسی تا چه اندازه در عملکرد شغلی یا اجتماعی شما اختلال ایجاد می کنند؟ ( اگر در حال حاضر شاغل نیستید ، میزان تداخل رفتارهای وسواسی را در فعالیت های روزمره خود در نظر بگیرید ).

۰ = بدون اختلال

۱ = اختلال خفیف و جزئی در فعالیت های شغلی یا اجتماعی ، ولی به طور کلی به عملکرد من لطمه نزده است.

۲ = اختلال متوسط و مشخص در عملکرد شغلی و اجتماعی ولی قابل کنترل است.

۳ = اختلال شدید و ناتوانی در عملکرد شغلی یا اجتماعی.

۴ = اختلال بسیار شدید و ناتوان کننده.

۸- اگر ممانعتی در انجام دادن رفتارهای وسواسی شما ایجاد شود ، چه احساسی پیدا می کنید؟ مضطرب خواهید شد؟

۲ - اگر پاسخ شما به پرسش «هیچ» باشد برای پرسشهای ۷، ۸، ۹ و ۱۰ نیز پاسخ «هیچ» را علامت بزنید.

- ۰ = اگر از انجام دادن رفتارهای وسواسی منع شوم ، به هیچ وجه مضطرب نمی شوم.
- ۱ = اگر از انجام دادن رفتارهای وسواسی منع شوم ، تا حدودی مضطرب می شوم.
- ۲ = اگر از انجام دادن رفتارهای وسواسی منع شوم ، اضطراب من افزایش می یابد ولی قابل کنترل باقی می ماند.
- ۳ = اگر از انجام دادن رفتارهای وسواسی منع شوم ، اضطراب من به صورت قابل ملاحظه ای افزایش یافته و ناراحت کننده خواهد بود.
- ۴ = هر گونه تلاش برای کاهش رفتارهای وسواسی همراه با اضطراب بسیار شدید و ناتوان کننده خواهد بود .

۹- چقدر سعی می کنید تا در مقابل انجام دادن رفتارهای وسواسی مقاومت کنید؟ یا هرچند وقت یک بار سعی می کنید که انجام دادن رفتارهای وسواسی را متوقف کنید؟ (فقط تعداد موارد یا میزان تلاش خود را که سعی می کنید در مقابل رفتارهای وسواسی مقاومت کنید ، درجه بندی کنید نه میزان موفقیت واقعی خود را در متوقف کردن آنها).

۰ = همیشه سعی می کنم مقاومت کنم (یا علایم و نشانه ها به قدری خفیف هستند که نیازی به مقاومت فعالانه ندارند).

۱ = بیشتر مواقع سعی می کنم در مقابل آنها مقاومت آنها مقاومت کنم (یعنی ، بیش از نیمی از اوقات ).

۲ = بعضی از اوقات سعی می کنم مقاومت کنم.

۳ = بدون اینکه تلاشی برای کنترل کردن آنها از خود نشان دهم ، اجازه می دهم که تمام رفتارهای وسواسی انجام شوند ، ولی این کار را با اکراه و بی میلی انجام می دهم .

۴ = به طور کامل و با تمایل خود اجازه می دهم که تمام رفتارهای اجباری انجام شوند.

۱۰- چقدر روی رفتارهای وسواسی خود کنترل دارید ؟ چقدر در متوقف کردن آداب رفتاری موفق هستید ؟ ( اگر به ندرت برای مقاومت کردن تلاش می کنید ، لطفاً در مورد همان موارد نادری که برای متوقف کردن رفتارهای وسواسی تلاش می کنید فکر کنید تا بتوانید به پرسش پاسخ بدهید).

۰ = من کنترل دارم.

۱ = معمولاً با اندکی تلاش یا اراده می توانم انجام دادن رفتارهای وسواسی یا آداب را متوقف کنم.

۲ = بعضی از اوقات می توانم رفتارهای وسواسی را متوقف کنم ، ولی به سختی.

۳ = فقط می توانم انجام دادن رفتارهای وسواسی را به تأخیر بیندازم ، ولی در نهایت این رفتارها باید انجام شوند .

۴ = به ندرت قادر هستم که انجام دادن رفتارهای وسواسی را حتی به طور لحظه ای به تأخیر بیندازم.

## ABSTRACT:

### **The study of the effectiveness of twofold Eye movement desensitization and reprocessing & medical treatments compared to sole medical treatment in Obsessive–compulsive disorder**

**Introduction :** Although serotonin reuptake inhibitor drugs and some other drugs known as effective medications in the treatment of obsessive compulsive disorder(OCD) , but OCD is generally regarded as the least treatment responsive of the anxiety disorders. Indeed, “response” in OCD as a 30 percent or greater reduction in obsessivecompulsive symptom scores, and only 30 to 40 percent of patients might achieve this response. This may appear to be trifling, but even a 10 to 20 percent reduction in obsessions and compulsions can make a dramatic difference in a patient’s life. The aim was to investigate the of the effectiveness of twofold Eye movement desensitization and reprocessing & medical treatments compared to sole medical treatment in OCD .

**Material & Metods:** This randomized controlled trial was carried out on 30 OCD patients that randomly were assigned into two groups. During 8 weeks, intervention group was received combines medication(Fluvoxamine 150 mg daily given in 2 divided doses ) and Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR )and comparison group was received medication (Fluvoxamine 150 mg daily given in 2 divided doses ) alone. Both groups blindly were evaluated by the Yale – Brown scale before and after the trial period.

**Results:** 7 patients in the intervention group and 7 patients in the comparison group left the study because of a lack of desire. Pretreatment average Yale – Brown score of the group that was received combines medication and "EMDR" about 24.37 as well as 28.57 in the group was received medication alone. The after treatment scores were 11.5 and 22.71 , respectively. There was significant difference between the mean Yale –Brown scores of the two groups after treatment and medication with EMDR was more effective than medication alone in improvement of OCD signs.**Conclusion:** although both methods had significant effect in improving Obsessive–compulsive disorder but it seems that combines medication and "EMDR" has better effect in improvement of final outcome of OCD .

**KEYWORDS:** *Obsessive – compulsive disorder , EMDR, eye movement desensitization and reprocessing*